

別 記

様式第1号（第5条関係）

在宅重度心身障害者等紙おむつ給付申請書

年 月 日

（あて先）白子町社会福祉協議会長

紙おむつ等の給付を受けたいので、申請します。

対 象 者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			( 歳)
住 所	白子町			
連 絡 先	電 話 番 号		-	-
	携帯電話など平日・日中の連絡先		-	-
障 害 程 度	身体障害者手帳		1 級 ・ 2 級	
	療 育 手 帳		㊦ ・ ㊦の1 ・ ㊦の2 ・ Aの1 ・ Aの2	
	精神障害者保健福祉手帳		1 級	
難病の 患 者	特定医療費（指定難病） 受 給 者 証		病名 ( )	
各種手帳・受給者証の原本を添付してください。				

記 入 者	<input type="checkbox"/> 対象者が記入（以下記入不要）		<input type="checkbox"/> 親族等による記入（以下に記入）		
	フリガナ		対 象 者 との関係	対象者から見て	
	氏 名				
	住 所	<input type="checkbox"/> 対象者住所と同じ（記入不要） <input type="checkbox"/> 対象者住所と異なる（以下に記入）			
	連 絡 先	電 話 番 号		-	-
携帯電話など平日・日中の連絡先			-	-	

対象者本人は、失禁状態にあり、常におむつの利用が必要な状態にあることを誓約します。

対 象 者 氏 名 \_\_\_\_\_ (※)

配偶者または扶養義務者 氏 名 \_\_\_\_\_ (※)

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

様式第2号（第5条関係）

在宅重度心身障害者等紙おむつ給付決定（却下）通知書

第 号  
年 月 日

申請者

様

白子町社会福祉協議会長



年 月 日付で申請のありました紙おむつ等の給付については、次のとおり決定（却下）したので通知します。

決定番号		
給付対象者	住所	白子町
	氏名	
	紙おむつの種類	
	給付月	
	給付枚数	

却下理由	
------	--

お知らせ

次に該当するときは、白子町社会福祉協議会へすみやかに連絡してください。（電話 33-5746）

- ・心身の状況変化により、常時失禁状態でなくなったとき。
- ・白子町区域内の居宅において、介護されなくなったとき。
- ・他の制度による紙おむつの助成を受けるとき。
- ・亡くなられたとき。

不正行為による受給は、返還を求める規定がありますので留意してください。（実施要綱第7条）



様式第4号（第6条関係）

在宅重度心身障害者等紙おむつ給付決定取消通知書

年 月 日

様

白子町社会福祉協議会長



年 月 日付で決定した紙おむつ等給付について、次の理由により取消したので通知します。

対象者氏名	
住 所	白子町
生 年 月 日	年 月 日（ 歳）
理 由	